

Die Bedeutung der Kommunikation für das ärztliche Handeln kann kaum überschätzt werden. Eine gelingende Kommunikation ist die entscheidende Voraussetzung für eine tragfähige **Arbeitsbeziehung** zwischen Arzt und Patient und schafft somit überhaupt erst die Grundlage, auf der sich diagnostische und therapeutische Maßnahmen entfalten können. Denn was nützt die effizienteste Therapie, wenn es nicht gelingt, den Patienten dafür zu gewinnen? Und was nützt hochsensible und spezifische Diagnosetechnik, wenn Patienten aus Angst vor einer schwerwiegenden Erkrankung sie gar nicht in Anspruch nehmen wollen und Nicht-Wissen vorziehen? Schon diese Fragen machen deutlich, dass gerade die moderne Medizin die **kommunikative Vermittlung** braucht, damit sie ihr Potential überhaupt zur Geltung bringen kann. Doch nicht nur in der Arzt-Patient-Beziehung ist Kommunikation von Bedeutung, sondern auch noch auf zahlreichen anderen Gebieten, die das ärztliche Handeln betreffen, z.B. die **Kooperation** mit anderen Berufsgruppen. Es läßt sich heute kaum mehr eine ärztliche Tätigkeit vorstellen, an der nicht auch andere Berufsgruppen beteiligt sind (z.B. Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal, Sozialarbeiter, Seelsorger, Richter, Krankenkassenvertreter, Verwaltungspersonal...). Gelingende Kommunikation ist auch hier die Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Kommunikative Fertigkeiten sind also tatsächlich die wichtigsten **Schlüsselkompetenzen** für den Arzt und bedürfen daher besonderer Aufmerksamkeit in der Ausbildung. Bisher werden sie allerdings im Studium entgegen ihrem Gewicht für die spätere Berufspraxis kaum berücksichtigt, d.h. es bleibt mehr oder weniger der Initiative des einzelnen Studenten überlassen, ob er seine kommunikativen Fertigkeiten weiter entwickelt und schult oder nicht.

Die Vorlesung kann vor diesem Hintergrund allenfalls eine erste Orientierung bieten und aus der Vielfalt der Erkenntnisse der Kommunikationspsychologie einige wenige exemplarisch herausgreifen und ihre Bedeutung für die Medizin deutlich machen. Dazu bietet die heutige Vorlesung einen Einstieg in die theoretischen Grundlagen, die beiden darauffolgenden Stunden befassen sich dann mit zwei für die ärztliche Praxis besonders bedeutsamen Gesprächsformen, der Anamnese und dem Aufklärungsgespräch.

Kommunikation ist ein universelles **Alltagsphänomen**, das so vielgestaltig ist, dass eine Betrachtung unter wissenschaftlicher Perspektive sich notwendigerweise auf einzelne Ausschnitte aus dem Gesamtbereich kommunikativer Phänomene beschränken muß. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass es *die* umfassende allgemein gültige Kommunikationstheorie nicht gibt und auch gar nicht geben kann, sondern vielmehr zahlreiche verschiedene psychologische Modelle, die versuchen, bestimmte Aspekte von Kommunikation abzubilden, zu formalisieren und empirisch überprüfbar zu machen. Um sich eine Übersicht über die zahlreichen Modelle zu verschaffen (und damit zugleich einen ersten Einblick in zentrale Themen der Kommunikationspsychologie) ist die in **Folie 1** gezeigte Klassifikation hilfreich, die gängige Modelle nach ihrem thematischen Schwerpunkt zu vier Gruppen zusammenfasst. Die Grenzen zwischen den Gruppen sind nicht scharf gezogen, und viele Modelle greifen Aspekte aus mehreren Gruppen auf, unterscheiden sich allerdings meist in der Gewichtung der einzelnen Aspekte untereinander.

Folie 1

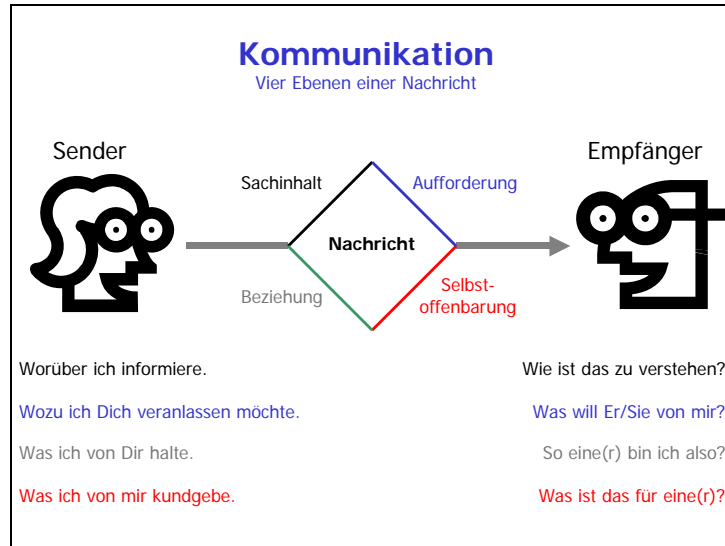
Kommunikation
Psychologische Modelle

- **Encoder/Decoder Modelle:**
wie werden Informationen verschlüsselt, übertragen und entschlüsselt?
(Bsp.: vier Seiten einer Nachricht von F. Schulz von Thun)
- **intentionale Modelle:**
wie kann Kommunikation/Verständigung gelingen?
(Bsp.: Kooperationsmodell von H.P. Grice)
- **Modelle der Perspektivenübernahme:**
wie kann ich den anderen verstehen?
(Bsp.: Klientenzentrierte Gesprächsführung v. Carl Rogers)
- **Dialog-Modelle:**
wie entsteht eine gemeinsame Wirklichkeit?
(Bsp.: Kommunikationsaxiome v. Paul Watzlawick)

Nachfolgend wird aus jeder dieser Gruppen ein Modell vorgestellt, um daran zentrale Aspekte von Kommunikation zu diskutieren und Bezüge zur Medizin und zur ärztlichen Praxis herzustellen.

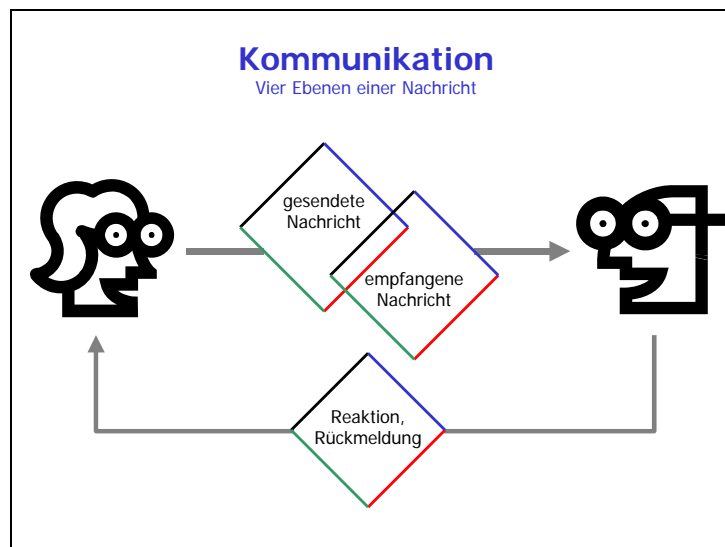
Ein typisches Encoder/Decoder-Modell ist das in **Folie 2** dargestellte des Hamburger Psychologen Friedemann Schulz von Thun, der dazu auf verschiedene Vorläufer zurückgreift, vor allem auf das sogenannte Organon-Modell (organon *griech.*: Werkzeug, Hilfsmittel. Hier: die Sprache als Werkzeug) des Mediziners, Psychologen und Philosophen Karl Bühler (1879 – 1963).

Folie 2



Demnach lässt sich Kommunikation im Wesentlichen als ein **Austausch von Nachrichten** verstehen. Diese Nachrichten sind keineswegs so eindeutig formuliert, wie es auf den ersten Blick scheinen mag, sondern sie sind vielschichtig, mitunter sogar in sich widersprüchlich. Schulz von Thun unterscheidet vier Ebenen: die **Sachebene**, auf der ein Sachverhalt mithilfe sprachlicher Zeichen symbolisiert wird, die **Aufforderungs- oder Appellebene**, durch die der Empfänger veranlasst werden soll, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten, die **Selbstoffenbarungsebene**, auf welcher der Sender etwas über sich selbst mitteilt und die **Beziehungsebene**, auf der eine Aussage über das Verhältnis, in dem Sender und Empfänger zueinander stehen, getroffen wird. In der Regel gilt, dass *jede* Nachricht alle diese Ebenen in unterschiedlichen Anteilen enthält. Damit eine Verständigung gelingt, kommt es darauf an, dass die Encodierung des Senders und die Decodierung der Nachricht durch den Empfänger möglichst gleichsinnig verlaufen, was aber in der Realität leider nicht immer reibungslos funktioniert. Der Sender ist daher auch auf Signale des Empfängers angewiesen, ob seine Nachricht richtig angekommen ist (**Folie 3**).

Folie 3



Intentionale Kommunikationsmodelle (intentio *lat.*: Absicht) stellen einen anderen Aspekt von Kommunikation in den Vordergrund, nämlich die Frage, wie **Verständigung**, als das der Kommunikation inne-

Voraussetzung für eine Kommunikation, die sich ganz an den Bedürfnissen des Klienten orientiert (die daher auch als „**klientenzentrierte Gesprächsführung**“ bezeichnet wird) sind demnach drei Eigenschaften, die ein Therapeut bzw. Berater mitbringen muss. Mit „**Echtheit**“ wird vom Therapeuten verlangt, als Mensch und nicht lediglich als neutraler Funktions- oder Rollenträger in Erscheinung zu treten, d.h. eigene Gefühle sollen nicht aus der Kommunikation ausgeklammert werden (dies entspricht in etwa der „Qualitätsmaxime“ von Grice). Außerdem soll der **Therapeut/Berater** jedem Klienten eine positive Wertschätzung entgegenbringen, d.h. ihn als Mensch, als Person und nicht lediglich als Träger eines Symptoms, einer Krankheit wahrnehmen. **Empathie** bezeichnet schließlich die Fähigkeit zum einfühlen- den Verstehen, d.h. vor allem die gefühlsmäßige Situation des Klienten nachempfinden und sie diesem im Gespräch auch zurückspiegeln zu können (gewissermaßen als emotionale Perspektivenübernahme).

Einen in den bisher geschilderten Modellen noch nicht explizit gemachten Aspekt von Kommunikation stellen die **Dialog-Modelle** ins Zentrum. Hier geht es weniger um individuelle Motive, Haltungen oder Voraussetzungen von Kommunikation, sondern um den **kommunikativen Prozess** selbst, der als eine gemeinsame **Konstruktion von Wirklichkeit** begriffen wird. Dieser Prozess folgt bestimmten Gesetzmäßigkeiten, die nicht etwa durch die Teilnehmer ausgehandelt und anerkannt werden, sondern die aus der Struktur menschlicher Kommunikation selbst erwachsen und denen die beteiligten Personen zwangsläufig unterworfen sind. Das bekannteste dieser Modelle ist sicherlich das von der Arbeitsgruppe um Paul Watzlawick (1921 – 2007) formulierte, als dessen Kernstück die fünf Kommunikationsaxiome (**Folie 6**) angesehen werden können (**Axiom** = aus sich selbst heraus evidenter, nicht weiter zu beweisender Grundsatz).

Folie 6

Kommunikation als Prozess
(Paul Watzlawick et al.)

- Man kann nicht nicht-kommunizieren
- Inhalts- und Beziehungsaspekt
- digitale und analoge Kommunikation
- Kommunikationsabläufe werden unterschiedlich interpunktiert
- symmetrische und komplementäre Interaktion

Kommunikation ist ein sozialer Prozeß, in dem sich die beteiligten Personen gegenseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen.

Der Grundsatz „man kann nicht nicht kommunizieren“ verweist auf die unmittelbar einleuchtende Tatsache, dass Kommunikation eigentlich immer schon „da“ ist, sobald mindestens zwei Personen aufeinandertreffen. Allein durch Körperhaltung, Mimik und Gestik, ja schon durch die schiere Präsenz entsteht Kommunikation, und sei es nur als Botschaft, dass man keine weitere Beziehung aufnehmen möchte (z.B. in der überfüllten U-Bahn durch Vermeiden von Blickkontakt). Insofern ist es eine Selbsttäuschung anzunehmen, wir könnten frei darüber entscheiden, wann und mit wem wir kommunizieren, wir tun es einfach ständig, ob wir wollen oder nicht! Dennoch gehen Kommunikationspartner häufig davon aus, das Verhalten des jeweils anderen sei Ursache und Anlass ihrer eigenen Reaktionen (A zu B: „weil du ständig nörgelst, ziehe ich mich zurück!“, B zu A: „ich nörgele ja nur deshalb, weil du dich einfach zurück ziehst!“), d.h. sie **interpunktieren** (strukturieren, gliedern) den eigentlich „kreisförmigen“ Prozess der Kommunikation aus ihrer je eigenen Perspektive (viertes Axiom). Die beteiligten Personen spielen also ein „Spiel“ miteinander, dessen Regeln sie allerdings nicht immer gleich bewusst durchschauen können. Dazu ist es vielmehr notwendig, eine Außenperspektive einzunehmen, aus der erkennbar wird, wie sich die individuellen „Spielzüge“ jeweils gegenseitig bedingen. Diese sogenannte **Metakommunikation** (Kommunikation über Kommunikation) kann ein wesentlicher Bestandteil der Konfliktklärung z.B. bei einer Paarberatung oder bei Störungen in einem Team sein, in der durch den jeweiligen Therapeuten oder Berater diese Außensicht eingenommen wird.

Mit der Unterscheidung von Inhalts- und Beziehungsaspekt (der in modifizierter Form auch in das eingangs geschilderte Modell von Schulz-von-Thun übernommen wurde) wird der Tatsache Rechnung getragen, dass das Gesagte nicht unbedingt mit dem Gemeinten zusammenfallen muss. So kann der Satz „ich habe Kopfschmerzen“ unterschiedliche Bedeutungen annehmen, je nachdem, zu wem er gesagt wird, d.h. in welcher Beziehung die beiden Kommunikationspartner zueinander stehen. Vom Arzt wird man in diesem Fall etwas anderes erwarten (nämlich professionelle Hilfe) als von einem Arbeitskollegen (von dem man eher bedauert werden möchte).

Wie schon angeklungen ist, bedient sich Kommunikation **verschiedener Kanäle und Mittel**. Neben der Sprache gibt es eine Fülle von anderen (z.B. körpersprachlichen) **Medien**, die im Kommunikationsprozess eine Rolle spielen. Die **Eindeutigkeit** und der **Bedeutungsgehalt** dieser verschiedenen Medien sind allerdings sehr unterschiedlich, was durch die Bezeichnung „digital“ und „analog“ zum Ausdruck kommen soll. Mit Sprache, als einem symbolischen Zeichensystem, ist im Allgemeinen eine größere **Informationsgenauigkeit** möglich (wie bei der Digitaluhr). Mimik und Gestik dagegen bedürfen eigentlich immer zusätzlicher Hinweise, z.B. durch einen bestimmten **Kontext**, um ihre genaue Bedeutung verstehen zu können (so wie mit einer Analoguhr allein keine Unterscheidung von zwei Uhr nachts und zwei Uhr nachmittags möglich ist). Ob jemand aus Freude, aus Wut oder aus Traurigkeit weint, kann erst dann entschieden werden, wenn wir nicht nur die Tränen wahrnehmen, sondern auch noch wissen, vor welchem Hintergrund sie geweint werden.

Mit dem fünften Axiom (symmetrische versus komplementäre Interaktion) wird zum Ausdruck gebracht, dass es von großer Bedeutung für den Kommunikationsablauf ist, ob die Teilnehmer **von gleich zu gleich** reden (z.B. Assistenzärzte untereinander, Freunde untereinander) oder ob die Struktur der Beziehung von vornherein eine **ungleiche** ist (z.B. Arzt und Patient, Mutter und Kind, Lehrer und Schüler). Damit ist zunächst keine Wertung verbunden (z.B. im Sinne von überlegen oder unterlegen, mehr Macht oder weniger Macht), aber es ist klar, dass die Kommunikation einer symmetrischen Beziehung anderen Gesetzmäßigkeiten folgt, als die einer komplementären. In einer symmetrischen Kommunikation haben z.B. alle Beteiligten das gleiche Recht, die Themen zu bestimmen oder die Dauer des Gesprächs. In einer komplementären Kommunikation ist das anders. So kann z.B. der Patient nicht ohne weiteres die Dauer des Gesprächs bestimmen, er kann den Arzt nicht – wie dieser ihn – einfach nach persönlichen oder gar intimen Details seines Lebens fragen, usw. Besonders wichtig ist es, sich die Auswirkungen des komplementären Charakters der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung bewusst zu machen. So kann z.B. für Patienten die Schwelle, von sich aus Fragen zu stellen oder etwa schambesetzte Themen anzusprechen sehr hoch sein, weil sie unsicher sind, ob das angemessen ist. Hier ist vom Arzt große Sensibilität verlangt, um es den Patienten zu erleichtern, sich im Gespräch wirklich zu öffnen und ihre Anliegen vorzubringen.

Elemente non-verbaler Kommunikation

Nonverbale Kommunikation bedient sich vielfältiger Kanäle, wie die Übersicht in **Folie 7** zeigt. Vor allem Gesicht und Stimme spielen dabei eine zentrale Rolle, aber auch die Gestik und Körperhaltung („Pantomimik“) sind von großer Wichtigkeit. Nicht vergessen werden sollte die kommunikative Bedeutung von Kleidung oder bestimmten Accessoires („Staffage“) sowie der Art und Weise, wie Personen ihren sozialen Raum nutzen („räumliche Distanz“). Schließlich verdienen Berührungen ein besonderes Augenmerk, weil diese Gesten das Gegenüber unmittelbarer als alle anderen non-verbale Zeichen betreffen.

Obwohl nonverbale Zeichen weit weniger festen Regeln folgen, wie sie etwa durch die Grammatik für die sprachlichen Äußerungen festgelegt sind, gibt es einige allgemeine Gesetzmäßigkeiten, deren Kenntnis die Wahrnehmung non-verbaler Äußerungen erleichtern und ihr Verständnis vertiefen kann. Es wäre allerdings ein Missverständnis anzunehmen, man könne non-verbale Kommunikation damit als eine Art von Geheimsprache in eindeutiger Weise entschlüsseln. Letztendlich kann non-verbale Kommunikation immer nur in ihrem jeweiligen Kontext verstanden werden, eine eindeutige Zuordnung von Zeichen und Bedeutung ist unmöglich und daher – wo sie dennoch behauptet wird – unseriös.

Mit Sicherheit gehört der **Blickkontakt** zu den wichtigsten Elementen non-verbaler Kommunikation. Als sympathisch wahrgenommene Personen werden ebenso wie Personen, die einen hohen Status besitzen, häufiger angeblickt. Umgekehrt fühlen sich Personen, die in Kommunikationssituationen häufiger angeblickt werden, aufgewertet und gehen davon aus, dass sie von den sie anblickenden Personen positiv eingeschätzt werden. Ganz allgemein werden emotionale Reaktionen durch direktes Anblicken **verstärkt**. Geschieht dieses Anblicken außerhalb einer verbalen Kommunikationssequenz, bewirkt dies bei der betroffenen Person einen Anstieg der psychischen Erregung. Daher ist das Vermeiden von Blickkon-

takt auch die naheliegende Reaktion um z.B. in einer peinlichen oder demütigenden Situation die psychische Erregung zu begrenzen. Insgesamt aber ist die Bedeutung des Blickkontakts stark vom jeweiligen **Kontext** anhängig: der intensive Blick in die Augen des oder der Anderen vertieft bei einem Liebespaar die gegenseitige Zuneigung. Bei zwei Konkurrenten führt ein solch intensiver Blick dagegen eher zu aggressiv getönten Gefühlen.

Folie 7



Insbesondere für den Ausdruck von Emotionen hat auch die **Mimik** eine zentrale Bedeutung. Wie in der einführenden Vorlesung über die Emotionen noch dargestellt wird, ist mittlerweile bekannt, dass für die sogenannten **Basisemotionen** (Glück, Furcht, Überraschung, Abscheu, Zorn, Ekel/Trauer) offensichtlich kulturübergreifende **universelle** mimische Ausdrucksbewegungen existieren, die den Schluß zulassen, dass es sich hierbei um in erster Linie genetisch determinierte Verhaltensmuster handelt (die sich im übrigen auch bei verschiedenen Tieren z.B. Schimpansen nachweisen lassen). Diese enge Verbindung zur Biologie ist sicherlich der Hauptgrund dafür, dass mimische Ausdrucksbewegungen nur zu einem Teil der willentlichen Kontrolle unterliegen, d.h. dass sie kaum vollständig unterdrückt bzw. willkürlich nachgeahmt werden können (beides ruft meist den Eindruck des „Unechten“ hervor).

Als **paraverbale Zeichen** werden alle außersprachlichen Aspekte der Stimme und des Sprechens bezeichnet, die in der Kommunikation auftreten. Auch hier besteht eine enge Verbindung zur emotionalen Befindlichkeit (man brüllt vor Wut, schreit vor Angst, die Stimme überschlägt sich vor Freude, man kann vor Schreck oder Überraschung nichts mehr sagen, etc.). Die Redewendung „im Brustton der Überzeugung sprechen“ verweist dagegen auf einen anderen Aspekt: Lautes und deutliches Sprechen wird häufig als Ausdruck von großer Selbstsicherheit oder Durchsetzungsstärke verstanden (die Redewendung „wer schreit hat Unrecht“ verweist allerdings auch hier wieder auf die **grundsätzliche Mehrdeutigkeit** der paraverbalen Zeichen). Festzuhalten bleibt aber, dass aus der Art und Weise, wie jemand spricht, wichtige ergänzende Informationen entnommen werden können, um Rückschlüsse auf die psychische Befindlichkeit zu ziehen (z.B. durch das leise, modulationslose, fast eintönige Sprechen eines depressiven Patienten), die freilich durch andere Hinweise erhärtet und belegt werden müssen.

Doch nicht nur Gesicht und Stimme tragen zur non-verbale Kommunikation bei, letztendlich kann der ganze Körper („**Pantomimik**“) in das Ausdrucksgeschehen miteinbezogen werden. Der gestische Ausdruck reicht dabei von einfachen plakativen Gesten (z.B. mit der Faust auf den Tisch hauen, mit dem Fuß auf den Boden stampfen) bis hin zu den komplexen Zeichen der Taubstummensprache, mit denen eine dem verbalen Ausdruck praktisch ebenbürtige, symbolische Verständigungsmöglichkeit besteht.

Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang **Berührungen**, die letztendlich ja auch Gesten sind, allerdings das Gegenüber noch unmittelbarer betreffen. Auch hier steht uns ein sehr umfangreiches und differenziertes Repertoire zur Verfügung, das vom Händeschütteln bei der Begrüßung, über herzliche Umarmungen oder kumpelhaftes Schulterklopfen bis hin zu sexuellen Handlungen reicht, die ja neben vielen anderen Funktionen auch eine kommunikative Bedeutung haben. Die Privatheit des Körpers verlangt allerdings besondere Vorsicht in der Dosierung und Anwendung von Berührungen in der Kommunikation, sonst können hier schnell Missverständnisse entstehen. (Besonders deutlich wurde dies vor einigen Jahren, als US-amerikanische Colleges genaueste Verhaltensvorschriften für den Umgang von männlichen und weiblichen Studenten erließen, um genau solche Missverständnisse auszuschließen.

Spontane emotionale Kommunikation war danach freilich fast nicht mehr möglich.) Der Arzt ist zur Untersuchung des Patienten weitgehend von dem sonst für normale gesellschaftliche Kontakte geltenden „**Berührungstabu**“ befreit, dennoch (oder gerade deswegen) muss er seine Berührungen aber besonders vorsichtig und sensibel dosieren. Wie mag es etwa aus Patientensicht wirken, wenn nacheinander zunächst mehrere Ärzte und dann womöglich noch zehn Studenten auf die gleiche Stelle seines veränderten Körpers drücken und dabei bedenkensvolle bis interessiert-überraschte Gesichter zeigen? Gerade mit dem durch Krankheit veränderten Körper können massive **Schamgefühle** verbunden sein, die der Arzt antizipieren und verbalisieren muss, um die Unsicherheit des Patienten zu verringern.

Ein weiteres wichtiges Element non-verbaler Kommunikation ist die Regulierung der **räumlichen Distanz** zwischen den Kommunikationspartnern. Für den Alltag insbesondere in der Klinik scheint der Hinweis wichtig zu sein, dass für die meisten Patienten ihr Krankenbett der einzige **Intimbereich** ist, der ihnen geblieben ist, da alles andere mehr oder weniger öffentlich zugänglich ist. Sich als Arzt auf das Bett des Patienten zu setzen, kann daher auch als unangenehmes Eindringen in die Privatsphäre erlebt werden und nicht unbedingt als das damit vielleicht beabsichtigte Zeigen von persönlicher Zuwendung und Fürsorge.

Zur non-verbaler Kommunikation gehört schließlich neben den unmittelbar körperlichen Ausdrucksbewegungen auch die „Verpackung“ oder „**Staffage**“ d.h. Kleidung, Haarschnitt, Make-up, Accessoires u.ä. Auch im ärztlichen Alltag ist dieser Aspekt von Bedeutung, man denke nur an die verschiedenen Arten, einen Arztkittel zu tragen bzw. die Taschen desselben mit verschiedenen mehr oder minder nützlichen Werkzeugen und Büchern anzufüllen (**Folie 8**). Auch Zahl und Aussehen der in der Brusttasche mitgeführten Kugelschreiber scheinen fast einem eigenen, subtilen non-verbaler Code zu folgen, der ein nicht genau differenzierbares Gemisch von Geltungsbedürfnis, hierarchischer Stellung, Selbstwertgefühl und Nützlichkeitsabwägungen zum Ausdruck bringt. Natürlich hat die Staffage meist nicht nur kommunikative Bedeutung, sondern folgt tatsächlich bestimmten praktischen Erfordernissen. Doch der kommunikative Spielraum ist dabei immer noch so groß, dass es ein Versäumnis wäre, ihn unter Hinweis auf Sachzwänge (z.B. Arztkittel = Schutzkleidung) zu ignorieren.

Folie 8

Der Arztberuf - eine schwere Angelegenheit...



- Studie aus Irland: Was tragen Krankenhausärzte in ihren Kitteltaschen?
 - 33% Zigaretten
 - 81% Stethoskope
 - 7% keinerlei medizinische Dinge (Chirurgen!)
 - 48% Geldbeutel/Brieftasche
 - 31% keinerlei persönl. Dinge
- durchschnittliches Gesamtgewicht: **1,63 kg!**
- Assistenzärzte (**1,72 kg**) tragen signifikant schwerer als Oberärzte (**1,29 kg**)!

Irish Med J 94(7), 2001

Charakteristika und Funktionen non-verbaler Kommunikation

Aus dem bisher Gesagten dürfte hervorgegangen sein, dass sich verbale und non-verbale Kommunikation deutlich voneinander unterscheiden, was zusammenfassend in **Folie 9** dargestellt ist. Die Funktion non-verbaler Kommunikation lässt sich vor allem im Hinblick auf ihr Verhältnis zur verbalen Kommunikation bestimmen, die sie im interpersonalen Kontakt immer begleitet (**Folie 10**). Beide Kommunikationsformen benutzen verschiedene Kanäle, um eine Metapher aus der Informationstechnologie zu verwenden. Die dabei transportierten Informationen können sich entweder entsprechen (**Redundanz**), sich ergänzen (**Illustration**) und verstärken oder in Widerspruch zueinander stehen. Letzteres ist z.B. dann der Fall, wenn über belastende Situationen, z.B. kritische Lebensereignisse (Verlust des Partners, Arbeitslosigkeit, etc.) berichtet wird, die non-verbal vermittelte emotionale Beteiligung dazu aber gar nicht zu passen scheint (z.B. unbeschwerter Fröhlichkeit). Solche Widersprüche wahrzunehmen und zu thema-

tisieren kann eine wichtige Aufgabe des ärztlichen Gesprächs sein, um eine realistische Sicht von der Situation des Patienten gewinnen zu können.

Folie 9

nonverbale Kommunikation
Charakteristika

- nonverbale Zeichen sind **unstrukturierter** als verbale
- nonverbale Zeichen sind **unbestimmter** als verbale
- nonverbale Kommunikation ist **unbegrenzter** als verbale
- nonverbale Zeichen lassen sich weniger gut steuern (sind **weniger absichtsvoll**, weniger zielgerichtet) als verbale

Non-verbale Kommunikation kann aber auch ohne verbale Kommunikation vorkommen oder an ihre Stelle treten (**Substitution**), indem z.B. eine Frage nur mimisch-gestisch beantwortet wird. Schließlich werden alle Elemente non-verbaler Kommunikation zur **Lenkung und Steuerung** des kommunikativen Ablaufs eingesetzt (z.B. tiefes Luftholen, Oberkörper aufrichten, räuspern, Zeigefinger heben, etc...).

Folie 10

nonverbale Kommunikation
Funktionen

- **Redundanz**: gleiche Mitteilung auf mehreren Kanälen
- **Illustration**: ergänzende Mitteilungen auf mehreren Kanälen
- **Verstärkung**, Betonung
- **Lenkung, Steuerung** des kommunikativen Ablaufs
- **Substitution**: „Augen sagen mehr als Worte“
- **Widerspruch, Relativierung**

Zusammenfassung:

Gelingende Kommunikation ist für das ärztliche Handeln von zentraler Bedeutung. Anhand verschiedener psychologischer Kommunikationsmodelle wurden einige in praktischer Hinsicht bedeutsame Aspekte von Kommunikation dargestellt: die grundsätzliche Mehrdeutigkeit kommunikativer Äußerungen, die Notwendigkeit der Kooperation, damit Verständigung gelingen kann, die Bedeutung emotionalen Einfühlungsvermögens und schließlich der Einfluß von strukturellen Rahmenbedingungen.

Non-verbale Kommunikation umfasst zahlreiche verschiedene Ebenen des Verhaltens, die der willentlichen Kontrolle weit weniger unterliegen als der verbale Ausdruck. Non-verbale Zeichen sind zudem unbestimmter und unstrukturierter als sprachliche Zeichen, daher ist zu ihrem Verständnis häufig zusätzliche Information nötig. Von großer Bedeutung ist das Verhältnis von verbaler zu non-verbaler Information, das gleichsinnig oder widersprüchlich sein kann.

Literatur zum Weiterlesen:

- Frindte W: Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim, Basel (Beltz) 2001.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Stuttgart, Bern (Huber) ¹¹2007.
- Sacks O: Die Ansprache des Präsidenten. In ders.: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Teil 1: Ausfälle. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1987.
- Schulz von Thun F: Miteinander Reden. Band 1. Störungen und Klärungen: allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt TB) 1981.
- Rockenbach K, Decker O, Stöbel-Richter Y (2006): Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis. Lengerich (Pabst Science Publisher).
- Schweickhardt, Fritzsche K (2007): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln (Deutscher Ärzte-Verlag).